

Ձեր Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթղթի գրքուկ



Ստացեք լրացուցիչ առողջապահություն և ծառայություններ, երբ դրանց կարիքը ունեք

ԼՐԱՑՐԵՔ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՁԱՆԳՈՒՂԹՆ ԱՅՍՕՐ

Health Net-ն ունի հատուկ առողջապահական ծրագրեր և ծառայություններ ձեզ նման Medi-Cal-ի անդամների համար: Ահա թե ինչու մենք նախագծել ենք մեր Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթը, որպեսզի օգնի մեզ ավելի լավ հասկանալ ձեր առողջապահական կարիքները:

Ձեր թույլ է տալիս կիսվել ձեր բժշկական պատմությունով և մանրամասներով, թե ինչպես եք զգում: Մենք օգտագործում ենք այս տեղեկատվությունը, որպեսզի այն օգնի մեզ տրամադրել ձեզ **լրացուցիչ խնամք և ծառայություններ**, երբ դրանք ձեզ անհրաժեշտ են: Խնդրում ենք փորձել պատասխանել այս ձևաթղթում նշված բոլոր հարցերին: Եթե ձևաթուղթը լրացնելու համար օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք Անդամների սպասարկում **1-800-675-6110 (TTY՝ 711) անվճար հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:**

Օգնության կարիք ունեք:

Ջանգահարեք Անդամների սպասարկում (անվճար)՝
1-800-675-6110 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օրը

Կամ այցելեք մեզ առցանց՝
www.healthnet.com կայքում

Լրացրեք և ուղարկեք Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթն առցանց:

Առցանց լրացնելու և ուղարկելու համար հետևեք այս քայլերին.

1. Այցելեք <https://member.medi-cal.healthnet.com/> կայքը:

2. Մուտք գործեք ձեր անդամի հարթակի հաշիվ:

*Եթե հաշիվ չունեք, ապա սեղմեք «Նոր հաշիվ ստեղծել» (Create New Account) հղման վրա:

3. Ձեր անդամի հարթակը գլխավոր էջում գտեք «Բժշկական տեղեկատվություն» (Medical Information) հատվածը և սեղմեք «Առողջապահական ձևաթղթեր» (Health Forms) հղման վրա:

4. Ընտրեք «Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթ» (Health Information Form, HIF), լրացրեք և ուղարկեք ձեր ձևաթուղթը:



ՍՔԱՆԱՎՈՐԵՔ ԻՆՁ

Սկանավորեք այս QR կոդը՝ մուտք գործելու և ձեր առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթը լրացնելու համար:

Լրացրեք և ուղարկեք Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթը փոստով:

Փոստով լրացնելու և ուղարկելու համար հետևեք այս քայլերին.

1. Լրացրեք ձևաթուղթը:

2. Ձևաթուղթը դրեք կից ծրարի մեջ, որի վրա գրված է «Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթ»:

(տե՛ս նմուշային նկարը)

Այս ծրարն օգտագործելու դեպքում դրոշմանիշներ անհրաժեշտ չեն:

Ուղարկեք ձևաթուղթը հետևյալ հասցեով՝

Medical Management Notifications

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706



3. Փոստով ուղարկեք ձևաթուղթը:

Ձեր ձևաթուղթը փոստով ուղարկելն առաջին քայլն է ձեզ համար ճիշտ առողջապահական խնամք ստանալու համար:

Կարող եք կապվել Անդամների սպասարկման հետ, երբ ձեզ անհրաժեշտ է՝

- Օգնություն ձեր Առողջապահական տեղեկատվության ձևաթուղթը լրացնելու հարցում
- Հոգեկան առողջության ծառայություններ
- Ձեր առողջապահական հարցերի պատասխաններ

Միայնակ մի տառապեք, մենք այստեղ ենք ձեզ համար:

Health Net-ը կարող է նաև օգնել, երբ դուք սթրեսի, անհանգստության զգացում ունեք կամ օգնության կարիք ունեք, եթե դուք՝

- Խնդիրներ ունեք տանը, աշխատավայրում, ընկերների կամ ընտանիքի հետ
- Տխուր եք, զայրացած կամ անհանգստացած
- Խնդիր ունեք թմրանյութերի կամ ալկոհոլի հետ

Եթե օգնության կարիք ունեք, **մենք ունենք մասնագետներ, որոնց հետ կարող եք անմիջապես խոսել:** Եթե ցանկանում եք, նրանք կարող են օգնել ձեզ մեր ցանցի թերապևտի հետ ժամադրություն ստանալու հարցում՝ **ձեզ համար անվճար:**

Մենք նույնիսկ կարող ենք կազմակերպել անվճար փոխադրում դեպի ձեր թերապևտի ժամադրությունը:



Ձեր առողջական տվյալները գաղտնի են

Մենք կօգտագործենք այս ձևաթղթի տեղեկատվությունը, միայն որ օգնենք ձեզ ստանալ առողջապահական խնամք ծառայություններ: Գաղտնիության մասին ավելին կարող եք իմանալ ձեր անդամի ձեռնարկում Գաղտնիության ծանուցում բաժնում: Կամ կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկում:



health net

ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Այս ձևաթուղթը լրացնելը կամավոր է: Ձեզ չեն մերժի խնամքը ձեր պատասխանների հիման վրա: Ձեր պատասխանները գաղտնի են: Այս ձևաթուղթը կօգնի մեզ կապել ձեզ համապատասխան ծառայությունների և աջակցության հետ:

*Նշում է պահանջվող վանդակը

Health Net անդամի անուն (ազգանուն, անուն)

Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱՕՕՏՏՏՏ)

*Medi-Cal ID համար՝

Էլ. փոստ՝

Նախընտրելի անուն և դերանուններ՝

1. Ինչպե՞ս կգնահատեիք ձեր առողջությունը: Գերազանց Շատ լավ Լավ Միջին Վատ

2. Ինչքա՞ն է ձեր հասակը (գրեք պատասխանը ֆուտով/դյույմերով):

Ֆուտ 2 3 4 5 6 7 Չայտնի չէ

Դյույմ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Չայտնի չէ

3. Ինչքա՞ն է ձեր քաշը (գրեք պատասխանը ֆունտերով):

4. Ունե՞ք բժշկ կամ առողջական խնամքի մատակարար: Այո Ոչ

5. Այցելե՞լ եք ձեր բժշկին կամ առողջական խնամքի մատակարարին վերջին 6 ամսում: Այո Ոչ

6. Քանի՞ անգամ եք եղել հիվանդանոցում վերջին 6 ամսում:

Չեմ եղել Մեկ անգամ Երկու անգամ Երեք անգամ Չորս անգամ Հինգ անգամ կամ ավել

7. Քանի՞ անգամ եք եղել շտապ օգնության սենյակում վերջին 6 ամսում:

Չեմ եղել Մեկ անգամ Երկու անգամ Երեք անգամ Չորս անգամ Հինգ անգամ կամ ավել

8. Քանի՞ դեղամիջոց եք ընդունում, որոնք նշանակվել են ձեր բժշկի կամ առողջական խնամքի մատակարարի կողմից:

0 1-3 4-7 8-14 15 կամ ավել

9. Գրիպի դեմ պատվաստում ստացել եք վերջին 12 ամսում: Այո Ոչ

10. Դուք բժշկի այցելում եք որևէ քրոնիկ վիճակի համար: Այո Ոչ

Եթե այո, նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները՝ Ասթմա/թոքերի հետ կապված խնդիրներ

Սրտի հետ կապված խնդիրներ ՄԻԱՎ կամ ՁԻԱՅ Շաքարախտ

Երիկամների հիվանդություն Նոպաներ Այլ

11. Հաջորդ 60 օրվա ընթացքում ձեզ հարկավոր է բժշկի այցելել: Այո Ոչ

12. Ձեր լնդերը արյունահոսում են ատամները մաքրելիս: Այո Ոչ

13. Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում ատամի ցավ ունեցել եք: Այո Ոչ

14. Որքան ժամանակ է անցել այն պահից, երբ վերջին անգամ այցելել եք ատամնաբույժի կամ ատամնաբուժական կլինիկա՝ որևէ պատճառով:

12 ամսից քիչ 12 ամսից ավել

15. Կցանկանայի՞ք աշխատել բուժքրոջ, սոցիալական աշխատողի, համայնքային առողջապահության աշխատողի կամ խթանողի հետ՝ ձեր առողջապահական խնամքը պլանավորելու համար:

Այո Ոչ

16. Արդյո՞ք բժշկական ժամադրությունների հասնելու համար փոխադրամիջոցի խնդիր ունեցել եք:

Այո Ոչ

17. Դժվարանում եք բժշկի մոտ ժամադրություն նշանակել: Այո Ոչ

18. Դուք դժվարանում եք ստանալ ձեր դեղատոմսով դեղերը: Այո Ոչ

19. Դուք օգտագործում եք բժշկական սարքավորում կամ պարագաներ, ինչպիսիք են հիվանդանոցային մահճակալը, անվասայլակը, քայլակը, թթվածինը կամ օստոնային պարկը:

Այո Ոչ

20. Արդյո՞ք դուք ունեք որևէ վիճակ, որը սահմանափակում է ձեր գործունեությունը կամ ձեր ունակությունները:

Այո Ոչ

21. Վերջին վեց (6) ամսվա ընթացքում ձեզ օգնություն պետք եղել է անձնական խնամքի հարցում, օրինակ՝ լոգանք ընդունելը, հագնվելը կամ վիրակապերը փոխելը:

Այո Ոչ

22. Դուք հղի եք: Այո Ոչ

22a. Եթե հղի եք, ներկայումս բժշկի այցելում եք հղիության հետ կապված: Այո Ոչ

22b. Պլանավորում եք հղիանալ հաջորդ 12 ամսվա ընթացքում: Այո Ոչ

23. Դուք պարբերաբար այցելում եք բժշկի հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրների համար, ինչպիսիք են անհանգստությունը, դեպրեսիան, երկբևեռ խանգարումը կամ շիզոֆրենիան:

Այո Ոչ

24. Վերջին ամսում (30 օր) քանի՞ օր եք ձեզ միայնակ զգացել: (Նշեք մեկը):

Ոչ մի, ես ինձ երբեք միայնակ չեմ զգում 5 օրվանից պակաս 5-ից 15 օր

Օրերի կեսից ավել (15 օրվանից ավել) Օրերի մեծ մասը, ես ինձ միշտ միայնակ եմ զգում

25. Որտե՞ղ եք ապրում: (Նշեք բոլոր կիրառելի տարբերակները) Տուն Բնակարան

Կեցության և խնամքի հաստատություն Բնակելի բուժման կենտրոն

Աջակից բնակվելու հաստատություն Ծերանոց Մշտական աջակից բնակավայր

Պաշտպանիչ բնակավայր Ներկայումս անօթևան եմ Այլ

26. Մտահոգված եք ձեր բնակավայրը կորցնելու մասին: Այո Ոչ
27. Ո՞ւմ հետ եք բնակվում: Մենակ եմ ապրում Ապրում եմ ամուսնու կամ զուգընկերոջ հետ
- Ապրում եմ խնամակալի հետ
- Ապրում եմ երեխաների, կամ այլ հարազատների, կամ ընկերների հետ
- Ապրում եմ իմ հաստատության/ծրագրի մյուս բնակիչների հետ
28. Վերջին 3 ամսվա ընթացքում անհանգստացել եք, որ ձեր սնունդը կվերջանա, նախքան դուք գումար կունենաք ավելին գնելու համար:
- Այո Ոչ
29. Վերջին 12 ամսվա ընթացքում էլեկտրաէներգիայի, գազի, նավթի կամ ջրի ընկերությունը սպառնացել է դադարեցնել ձեր կոմունալ ծառայությունները:
- Այո Ոչ
30. Health Net-ն ունի նպաստներ՝ արդարադատության ոլորտում ներգրավված անհատներին/ համայնքի վերադարձող անդամներին աջակցելու համար: Վերջին տարվա ընթացքում անընդմեջ 2 գիշերից ավելի անցկացրել եք բանտում, կալանավայրում կամ անչափահասների ուղղիչ հաստատությունում:
- Այո Ոչ
31. Ստորև նշված հարցին պատասխանելը կօգնի մեզ հարգալից կերպով ավելի լավ աջակցել ձեր առողջությանն ու բարեկեցությանը: Հետևյալներից ո՞րն է լավագույնս նկարագրում ձեզ: (Նշեք մեկը յուրաքանչյուր տողի համար)
- A. Հետերոսեքսուալ Լեսբուհի Հոմոսեքսուալ Բիսեքսուալ Այլ
- Վստահ չեմ/կասկածում եմ
- B. Տղամարդ Կին Տրանսգենդեր (տղամարդ) Տրանսգենդեր (կին)
- Քվիր գենդերի Այլ

Հարցերի կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք կապվել Health Net Անդամների ծառայությունների հետ՝ 1-800-675-6110 (TTY՝ 711) անվճար հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367 www.healthnet.com

Health Net Community Solutions, Inc.-ը հանդիսանում է Health Net, LLC-ի և Centene Corporation-ի մասնաձյուղ: Health Net-ը Health Net, LLC-ի գրանցված ապրանքանիշն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել՝

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

Անդամների սպասարկում

Անվճար 1-800-675-6110 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

www.healthnet.com



Health Net Community Solutions, Inc. -ը հանդիսանում է Health Net, LLC-ի և Centene Corporation-ի մասնաճյուղ: Health Net-ը Health Net, LLC-ի գրանցված ապրանքանիշն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:

BKT066073MP00 (6/25)